

attendre sans danger « le refroidissement » de cette appendicite. Quelques jours se passent ainsi dans une quiétude trompeuse. Mais voilà que la situation s'aggrave si subitement que la malade n'est même plus en état de supporter la moindre intervention et elle succombe. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée récente et un gros abcès rétro-cæcal dans lequel est un appendice gangrené et perforé.

Après avoir ébauché quelques-unes des modalités de l'appendicite, j'arrive aux deux grandes formes qui dominent son histoire : l'une c'est l'appendicite avec *péritonite*, l'autre c'est l'appendicite que j'ai nommée *toxique*.

Péritonites appendiculaires. — Quand une appendicite commence, on ne sait jamais comment elle va évoluer. L'étape appendiculaire peut résumer en elle toute la maladie, en pareil cas le péritoine n'est pas en cause, et le malade guérit de son attaque appendiculaire, tout en conservant un appendice adultéré, qui pourra bien devenir, à des époques plus ou moins éloignées, l'origine de nouvelles attaques appendiculaires. Dans d'autres circonstances, le processus ne s'en tient pas aux lésions appendiculaires, le péritoine est atteint, mais il n'est qu'effleuré; il s'agit seulement de péritonite adhésive, très limitée, et des *adhérences* s'établissent entre l'appendice et les parties voisines. Ces adhérences pourront même jouer un rôle de protection et de limitation au cas de nouvelles poussées appendiculaires.

Enfin il est des cas, et ils sont nombreux, où l'appendicite aboutit à la *péritonite diffuse*, généralisée, ou à la *péritonite partielle*, enkystée. Étudions ces péritonites.

La péritonite est dite *diffuse* quand elle s'étale sans tendance à l'enkystement. Tantôt les anses intestinales sont poisseuses, dépolies, et le liquide épanché est peu abondant, roussâtre, mal lié; il s'agit alors presque toujours de péritonite septique suraiguë, forme terrible et rapide dans son évolution. Tantôt le liquide péritonéal est abondant, plus ou moins purulent, des fausses membranes nagent dans le liquide épanché et forment des tractus entre les anses

intestinales. Cette variété purulente est surtout l'apanage des péritonites qui ont déjà une certaine durée. Il est des péritonites très précoces qui peuvent apparaître dès le second jour de l'appendicite; il en est qui sont tardives et qui surviennent dans le cours du premier ou du second septennaire.

On a longtemps émis sur la pathogénie et sur la description de ces péritonites des idées erronées que je me suis efforcé de rectifier. Jadis on les considérait toutes comme des péritonites par perforation et l'on décrivait deux étapes, une étape appendiculaire avec symptômes d'appendicite et une étape péritonéale avec symptômes de péritonite. Ainsi pour Talamon dont je cite textuellement les paroles, « il y a, habituellement, dans l'appendicite, deux périodes bien distinctes : la période préparatoire qui précède la perforation et que nous allons proposer d'appeler la période de coliques appendiculaires, et la phase péritonitique qui suit la rupture de l'appendice¹ ».

Ainsi présentée, la question gagnait en simplicité; il n'y a qu'un malheur, c'est que le plus souvent les choses se passent tout différemment.

D'abord la perforation de l'appendice n'est nullement nécessaire à l'éclosion de la péritonite. Dans bien des cas, il est vrai, l'appendice est suppuré, gangrené, perforé et le résidu du foyer appendiculaire s'épanche dans le péritoine, mais souvent aussi on ne trouve à l'appendice aucune perforation, nous avons tous constaté des cas semblables² et la péritonite est due à la migration microbienne à travers les parois ainsi que je l'ai démontré par des recherches que j'ai rapportées plus haut.

De plus, que s'il est des cas où les symptômes de la péritonite éclatent avec la brusquerie de la péritonite par perforation, il en est d'autres, *et ils sont d'après moi les plus nombreux*, où il est difficile de préciser l'entrée en scène de

1. Talamon. *Appendicite et péritophlébite*, p. 102.

2. Monod. Contribution à l'étude des appendicites. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 497. — Reynier. *Appendicite avec appendice non perforé*, séance de la Société de chirurgie du 4 mars 1896.

la péritonite. On aurait tort, par conséquent, de croire que les étapes appendiculaire et péritonéale sont toujours distinctes et scindées en deux actes, on aurait tort de croire que la péritonite s'annonce toujours par un cortège de symptômes qui permet de prévoir le danger et d'y parer : c'est une erreur ; il est souvent impossible de savoir à quel moment les symptômes péritonéaux font suite aux symptômes appendiculaires. Tous ces symptômes sont souvent similaires et pour ainsi dire *fusionnés* et *subintrants* ; douleurs, vomissements alimentaires et bilieux, modifications de la température et du pouls, constipation et tympanisme, tous ces symptômes peuvent exister qu'il y ait, ou non, participation du péritoine ; on guette l'entrée en scène de la péritonite alors qu'elle est déjà en pleine évolution, on attend alors qu'il faudrait agir, et le malade succombe faute d'avoir été opéré.

Dans bien des cas, la péritonite appendiculaire est partielle, enkystée. Ces péritonites partielles, *enkystées*, occupent dans l'abdomen les situations les plus diverses. La direction qu'avait normalement l'appendice avant la maladie (type descendant, type ascendant et rétro-cæcal, type latéral interne), et les adhérences anciennes ou récentes, reliquat d'anciennes attaques appendiculaires, sont autant de conditions qui expliquent la localisation de la péritonite et ses tendances à l'enkystement. Ainsi se trouvent constituées les péritonites *partielles* ilio-inguinale, rétro-cæcale, prérectale, péri-ombilicale, etc., formant des foyers, des abcès péritonéaux, et réalisant le type de l'ancien phlegmon iliaque et de l'ancienne pérityphlite.

L'abcès péritonéal ilio-inguinal constitue la variété la plus commune. La collection purulente occupe la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade de Fallope ; elle est limitée par la face antéro-interne du cæcum et les anses de l'intestin grêle ; elle correspond, sur le ventre, à une ligne située un peu au-dessus de l'arcade, à quelques centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure¹.

1. Loison. *Revue de chirurgie*, janvier 1895.

L'abcès prérectal est beaucoup moins fréquent que la variété précédente. Dans quelques cas, l'appendice se dirige en bas et en dedans et s'engage dans le petit bassin en venant se placer au-devant du rectum ; il peut se faire alors une péritonite enkystée entre le rectum et la vessie chez l'homme, entre le rectum et le vagin chez la femme. Le toucher vaginal et le toucher rectal donnent des renseignements sur l'existence et sur la situation de la collection purulente, qui peut s'ouvrir spontanément dans le rectum, dans la vessie ou dans le vagin¹. On a même cité un cas où l'appendice, long de 10 centimètres, avait été rendu par le rectum².

On a signalé quelques cas d'abcès péritonéal péri-ombilical. L'appendice étant dévié en dedans et en avant du cæcum, les adhérences favorisent la limitation de la collection au-dessus et en dedans de la fosse iliaque, au voisinage de l'ombilic.

L'abcès rétro-cæcal est extrêmement important à bien connaître. Dans bien des cas, nous l'avons dit au début de cet article, l'appendice, à l'état normal, *remonte en arrière du cæcum jusqu'au côlon* ; il peut même être fixé dans cette situation, ou être englobé dans le tissu cellulaire de la région rétro-cæcale par des adhérences qui sont le reliquat d'attaques appendiculaires précédentes. En pareil cas, l'abcès péri-appendiculaire peut se collecter derrière le cæcum ou autour du cæcum ; il peut faire saillie dans l'espace costo-iliaque ou dans la région lombaire au-dessus de la crête iliaque³. Si l'appendice est muni d'un mésentère, l'abcès appendiculaire peut se développer d'emblée dans le tissu cellulaire sous-péritonéal au-dessus du fascia iliaque. Dans cette région, l'abcès péritonéal devient facilement cel-

1. Gérard-Marchant. Appendicite par corps étrangers. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1895, p. 493.

2. Motchoukowsky. *Archives russes de pathologie, de clinique et de bactériologie*, 1896.

3. Toute cette partie de la question concernant les péritonites partielles est fort bien exposée dans l'ouvrage de Talamon, p. 75, 76 et *passim*.